

aan
van MedMij
datum 9 februari 2017
onderwerp **MedMij reactie op de kosten-batenanalyse (Gupta rapport)**

MedMij over de kosten-batenanalyse van Gupta

1. Waarom een kosten-baten analyse?

Het programma MedMij¹ (hierna MedMij) heeft als doel ervoor te zorgen dat iedereen die dat wil, zijn gezondheidsgegevens uit allerlei bronnen kan verzamelen en gebruiken. De patiënt of consument is de baas over deze persoonlijke gezondheidsomgeving en heeft zo meer grip op zijn gezondheidsgegevens. De meerwaarde van persoonlijke gezondheidsomgevingen blijkt nu al uit ervaringen van patiënten. Ook wijzen verschillende onderzoeken uit dat inzage in bijvoorbeeld medicatie vermijdbare ziekenhuisopnames kan voorkomen. Zelfmanagement programma's leveren gezondheidswinst en dragen bij aan meer regie en zelfredzaamheid.

MedMij is opgezet om belemmeringen voor opschaling van persoonlijke gezondheidsomgevingen weg te nemen. Hiervoor zijn afspraken nodig over aspecten als standaarden, beveiliging en privacy zodat gezondheidsgegevens gemakkelijk en veilig kunnen worden ontsloten en uitgewisseld. De basis hiervoor is het MedMij-afsprakenstelsel. Maar ook moeten er 'financiële arrangementen' zijn die het aantrekkelijk maken voor partijen om te investeren in persoonlijke gezondheidsomgevingen. De uitwisseling van gezondheidsgegevens conform het MedMij-afsprakenstelsel vereist de invulling van een aantal 'rollen'², waarbij een aantal diensten en voorzieningen noodzakelijk is. Het betreft een situatie waar de huidige markt naartoe zal moeten groeien. Er zijn (nog) geen afspraken wie voor welk deel van diensten en voorzieningen betaalt. Een veel genoemde belemmering voor opschaling is het ontbreken van duurzame businessmodellen voor persoonlijke gezondheidsomgevingen. Maar ook over noodzakelijke ondersteunende diensten en voorzieningen, zoals infrastructuren, koppelvlakken en authenticatie, bestaat nog onduidelijkheid. Dit weerhoudt partijen ervan om te investeren.

Ervaring van Nicolette Haantjes:
'Als MedMij er was geweest, dan had ik niet elke keer opnieuw mijn verhaal hoeven vertellen. Verder zou ik het ook fijn vinden als ik de gegevens van mijn bloedsuikerspiegel naar zo'n online omgeving kon sturen. Het zou mij een hoop werk schelen.'

Om het delen van gegevens met persoonlijke gezondheidsomgevingen mogelijk te maken is een samenspel nodig van zorgverzekeraars, overheid, patiëntenorganisaties, leveranciers en zorgaanbieders. Al deze partijen willen inzicht in: Wat leveren persoonlijke gezondheidsomgevingen op voor de patiënt, de consument en de maatschappij? En welke investeringen moeten worden gedaan? Een positieve (maatschappelijke) businesscase kan een belangrijke factor zijn bij het op gang krijgen van investeringen. De businesscase maakt tevens inzichtelijk bij welke spelers de kosten en baten van

¹ **Algemeen:** <http://www.medmij.nl/> ; **Organisatie:** <http://www.medmij.nl/organisatie/>

² **Afsprakenstelsel:** www.medmij.nl/producten

persoonlijke gezondheidsomgevingen vallen en is daarmee voordeliger voor het uitdenken van mogelijke modellen voor duurzame financiering.

Om deze reden heeft MedMij het bureau Gupta Strategists onderzoek laten doen naar de kosten en baten van persoonlijke gezondheidsomgevingen.

2. De resultaten en conclusies van Gupta in het kort

Baten

Aan de hand van acht verschillende functionaliteiten³, die mede mogelijk zijn doordat mensen hun gezondheidsgegevens kunnen inzien en gebruiken, zijn de verwachte baten bepaald in de situatie waarbij er sprake is van landelijke opschaling⁴.

De effecten van een persoonlijke gezondheidsomgeving uit zich in 'zachte' baten zoals tijdswinst, gemak en rust. In het onderzoek zijn met name de 'harde' financieel-economische baten gekwantificeerd, zoals minder beroep op zorg, reductie in langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Uit het onderzoek volgt dat de structurele baten oplopen tot 4,6 mld. euro op jaarbasis, waarvan 2,4 mld. euro gerelateerd is aan hogere productiviteit, minder ziekteverzuim en uitkeringen (instroom WIA) als gevolg van betere gezondheid. Dit is onder andere toe te wijzen aan zelfmanagement (3,6 mld. euro), overzicht en analyse medicatiegegevens (275 mln. euro) en zorg op afstand (270 mln. euro).

In het onderzoek wordt ingegaan op de baten van het afsprakenstelsel. Deze zijn niet gekwantificeerd. De onderzoekers stellen dat het MedMij-afsprakenstelsel belemmeringen voor opschaling kan wegnemen. Hierdoor worden gegevens sneller ontsloten, tegen lagere kosten en met een hogere adoptiegraad voor het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen. Ook vergroot het de innovatie- en groeiomogelijkheden voor de markt. Een belangrijke conclusie is dat door het afsprakenstelsel baten eerder optreden, hoger zijn en kosten lager uitvallen.

Kosten

Om tot realisatie van verwachte baten te komen zullen eerst investeringen moeten worden gedaan. De eenmalige kosten zijn hoofdzakelijk gerelateerd aan de ontsluiting van gegevens door zorgaanbieders. Het gaat om 505 mln. euro voor implementatie, opleiding en ICT-aanpassingen. Daarnaast zijn er eenmalige kosten voor de 'informatiekoppelaar' (16 mln. euro) en voor het aanbieden van persoonlijke gezondheidsomgevingen (9 mln. euro).

De structurele kosten zijn na tien jaar jaarlijks 150 mln. euro. Deze kosten slaan voornamelijk neer bij zorgaanbieders en hun XIS-leveranciers (70 mln. euro) en de aanbieders van persoonlijke gezondheidsomgevingen (55 mln. euro).

***Ervaring van Cees de Bloois:** 'Met mijn dossier kan ik zelf het ziekteverloop bekijken. Dat geeft mij inzicht in mijn gezondheidssituatie en in wat wel en niet goed werkt voor mij. Ik neem mijn grafieken ook mee naar artsen en de diabetesverpleegkundige. Dat maakt het gesprek een stuk gemakkelijker en efficiënter. Een ander voordeel is dat ik zelf goed ben ingelicht en de richting van de behandeling mee kan bepalen. Als een dokter mij bijvoorbeeld antibiotica voorschrijft, dan kan ik nakijken hoe ik daar in het verleden op heb gereageerd en hoe andere antibiotica bij mij hebben gewerkt. Zo ben ik allergisch voor pleisters en reageer ik ook heel slecht op bepaalde bloeddrukverlagers. Na het gebruik van een bepaalde bloeddrukverlager viel ik bijna om. Als ik die nu weer voorgeschreven krijg, zeg ik: 'stop, daar reageer ik verkeerd op'.*

³ De volgende functionaliteiten: Zelfmanagement programma's; Delen van onderzoeksresultaten; Overzicht en analyse medicatiegegevens; E-visit; Remote monitoring; Invullen van vragenlijsten; Online maken van afspraken; Delen professionele samenvatting

⁴ Onder aannames van een bepaald aantal aanbieders van persoonlijke gezondheidsomgevingen met aanvullende functionaliteit, en een bepaald aantal gebruikers.

Afweging baten en kosten

De geschatte structurele baten (4,6 mld. euro) zijn in het ‘basisscenario’ een veelvoud van de eerste eenmalige investeringen (505 mln. euro), die partijen eerst gezamenlijk moeten doen om gezondheidsgegevens te ontsluiten en om diverse diensten/voorzieningen en persoonlijke gezondheidsomgevingen te ontwikkelen. Daarnaast is ook een conservatief scenario doorgerekend waarbij baten in het als gevolg van reductie in WIA-instroom buiten beschouwing gelaten zijn, en de adoptiegraad minder hoog is. In alle scenario’s wegen de totale baten op tegen de eenmalige investeringen. In het onderzoek zijn de (cumulatieve) kosten en baten over een periode van tien jaar uitgezet. Afhankelijk van het gekozen scenario duurt het 3 tot 8 jaar (resp. basis of conservatief) tot het break-even-point optreedt. De onderzoekers concluderen dat er een duidelijke maatschappelijke businesscase is voor persoonlijke gezondheidsomgevingen.

3. MedMij over het onderzoek

Gupta concludeert dat persoonlijke gezondheidsomgevingen niet alleen gevoelsmatig meerwaarde voor de patiënt bieden, maar dat er ook financieel-economisch legitimatie is waarom partijen collectief zouden moeten investeren in persoonlijke gezondheidsomgevingen. MedMij ziet de uitkomsten van het onderzoek als richtinggevend. Gupta heeft inschattingen gemaakt op basis van verschillende eerdere onderzoeken en publicaties en ‘expert opinions’. De hoogte van de totale kosten en baten is afhankelijk van de gemaakte keuzes en aannames. Indien meer duidelijkheid ontstaat over hoe de markt van de aanbieders zich zal ontwikkelen, over de breedte en diepte van de te ontsluiten gegevens en over de keuzes in de ICT-architectuur, kunnen aannames bijgesteld worden. Op dit moment geeft het rapport het volgende beeld :

- **Alle partijen moeten dezelfde kant op bewegen: een investeringsvraagstuk**

De afweging tussen kosten en baten analyse valt positief uit als alle partijen die kunnen investeren en/of kunnen zorgen voor noodzakelijke randvoorwaarden, een aandeel nemen in de ontwikkelingen. Deze randvoorwaardelijke gezamenlijkheid is reeds vormgegeven in de recente afspraken over outcome doelen in het Informatieberaad⁵. Met het doel ‘Patiënt centraal’⁶ committeren de leden van het Informatieberaad zich aan de ontsluiting van gegevens aan de patiënt. Zorgverzekeraars, gemeenten en rijksoverheid maar ook andere private investeerders zijn mogelijke partijen om deze ontwikkeling ook financieel te ondersteunen. Daarom is het belangrijk dat de overheid ziekenhuizen stimuleert via het ‘Versnellingsprogramma Patiënt & Professional’. Dit ziet MedMij als een krachtig signaal dat het kunnen beschikken over, en gebruiken van eigen gegevens in een persoonlijke gezondheidsomgeving hoge prioriteit heeft. MedMij constateert dat naast de ziekenhuizen ook andere sectoren als de GGZ, de verpleging, verzorging en thuiszorg, gehandicaptenzorg, geboortezorg en huisartsenzorg deze ontwikkeling willen volgen. Zij staan voor gelijke organisatorische, culturele en technische uitdagingen.

Ervaring van Marije, moeder van Feija met hypermobiliteitssyndroom: “Als we zelf een persoonlijke gezondheidsomgeving hebben, kan ik zorgen dat behandelaars de juiste informatie krijgen over de gezondheid van mijn dochtertje Feija. Ik heb bijvoorbeeld lijsten over drinken en plassen bijgehouden. Dat soort dingen zou ik in een online omgeving van Feija kunnen verwerken, net als bijwerkingen van medicijnen. Dat geeft niet alleen ons, maar ook de dokter een completer beeld.”

⁵ <https://www.informatieberaadzorg.nl/>

⁶ Formulering zoals afgesproken in het Informatieberaad van 12 december 2017: “Alle zorgaanbieders ondersteunen een gelijkwaardiger samenwerking tussen patiënt en zorgverleners en bieden daarom vanaf 1 januari 2020 aan burgers de mogelijkheid hun medische gegevens digitaal en gestructureerd in te zien en die gegevens te ontsluiten voor hun persoonlijke gezondheidsomgeving waaraan zij eigen gegevens kunnen toevoegen. Als eerste target, spreken we af dat alle zorgaanbieders vanaf 1 januari 2018 aan al hun patiënten de mogelijkheid geven hun belangrijkste medische gegevens digitaal in te zien, veilig, op eigen initiatief, zelfstandig, vanuit een willekeurige locatie.”

Ook steun van de ICT-industrie is cruciaal. Van leveranciers wordt verwacht dat zij zelf investeren en de ontwikkeling om de patiënt daadwerkelijk centraal te plaatsen, prioriteit geven. Van hen is nodig dat zij ervoor zorgen dat gezondheidsgegevens uitgewisseld kunnen worden conform het MedMij-afsprakenstelsel, zodat op het 'platform' waarbinnen gezondheidsgegevens worden samengebracht ook waardevolle functionaliteiten (tools, apps, online programma's) beschikbaar komen voor patiënten en consumenten. De onderzoekers geven aan dat opschaling en ruimte voor innovatie belangrijke baten zijn, wanneer men kan uitgaan van een gezamenlijk afsprakenstelsel. Van verantwoordelijke partijen - met name zorgverzekeraars en overheid - mogen leveranciers verwachten dat er uitzicht is op een gezonde businesscase.

- **Duurzame financieringsmodellen kunnen niet zonder stimulering**

In de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen moet naast businessmodellen ook aandacht zijn voor stimulerende financiering. Adoptie van eHealth-toepassingen gaat langzaam, zo blijkt ook uit de eHealth monitor van Nictiz. Een 'patient pull' is een belangrijke succesfactor. Daarom is het noodzakelijk om het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen voor hen aantrekkelijk te maken. Van de zorgprofessional is nodig dat deze het zorgproces aanpast en als ambassadeur optreedt. Dit laatste is niet vanzelfsprekend. Baten door minder beroep op zorg gaan gepaard met lagere omzet van zorgaanbieders. Zij zijn echter ook de partij die de kosten dragen voor de ontsluiting van gegevens, de opleiding van personeel en de implementatie van persoonlijke gezondheidsomgevingen. Deze vaak genoemde barrière bij de invoering van e-health komt ook naar voren in het briefadvies van de RV&S 'Implementatie van e-health' (januari 2017) en het advies van de eCommunity 'Beter met Elkaar' (januari 2017): bekostiging van zorgverleners is vaak gebaseerd op contactmomenten en verrichtingen. Hierdoor is het niet financieel aantrekkelijk e-health in te zetten. Conclusies uit deze publicaties sluiten aan bij de conclusies van MedMij: op basis van het onderzoek en op basis van de inbreng van veldpartijen kan gesteld worden dat de huidige bekostigingsregels ruimte bieden voor koplopers om persoonlijke gezondheidsomgevingen op kleine schaal te financieren, maar dat er door het ontbreken van meer expliciet stimulerende bekostiging onvoldoende basis is om te groeien.

Conclusie en vervolg

Op basis van het onderzoek concludeert MedMij dat persoonlijke gezondheidsomgevingen voor patiënt en maatschappij meerwaarde hebben. Voordat deze baten gerealiseerd kunnen worden moeten er eerst aanzienlijke investeringen gedaan worden zodat systemen van zorgaanbieders gezondheidsgegevens veilig en makkelijk kunnen uitwisselen met de gezondheidsomgevingen van de patiënt en consument. Het is niet aannemelijk dat deze kosten volledig gedragen kunnen worden door zorgaanbieders en andere instanties die zich inzetten voor publieke gezondheid en maatschappelijke ondersteuning.

MedMij werkt de komende maanden aan concrete voorstellen voor duurzame financiering die in het voorjaar worden voorgelegd aan de stuurgroep van MedMij⁷. Ook roepen wij belanghebbende partijen op een bijdrage te leveren. Samenwerking en verantwoordelijkheid nemen zijn essentieel.

Ervaring van Wilma Bos: *'Ik heb schildklierklachten en een aneurysma bij mijn hart. Dat is natuurlijk niet zo'n fijne plaats. Door mijn kwalen moet ik naar diverse ziekenhuizen en artsen. Via mijn persoonlijke gezondheidsomgeving kan ik nu zelf aan andere artsen laten zien wat er in Nijmegen is gedaan. Ik hoef niet meer alles uit te leggen, dat geeft mij een rustig gevoel. Ik hoef niet meer na te denken of ik alles wel heb verteld: het staat gewoon in mijn omgeving.'*

⁷ Patiëntenfederatie Nederland, Ministerie van VWS, Nictiz, Actiz, Nederlandse Huisartsen Genootschap, (namens de eerstelijns), Achmea (namens Zorgverzekeraars Nederland) en Jan Vesseur (vanuit patiëntperspectief).

Contact

Projectleider Financiering:
Programmamanager MedMij:
Persvragen:

Erwin Eisinger, e.eisinger@medmij.nl
Mark Elstgeest, m.elstgeest@medmij.nl
Thom Meens, t.meens@patientenfederatie.nl